

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

N° 30

DES

# ÉPIPLOÏTES TARDIVES

CONSÉCUTIVES

A LA KÉLOTOMIE

ET A LA CURE RADICALE

---

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 28 MARS 1896

PAR

Gaston ROCHE

Né à Langeac (Haute-Loire)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

---

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CENTRALE DU MIDI

(HAMELIN FRÈRES)

1896

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (\*). . . . . DOYEN  
CARRIEU. . . . . ASSESSEUR

## PROFESSEURS

|                                                                 |                  |
|-----------------------------------------------------------------|------------------|
| Hygiène. . . . .                                                | MM. BERTIN-SANS. |
| Clinique médicale. . . . .                                      | GRASSET (*).     |
| Clinique chirurgicale. . . . .                                  | TEDENAT.         |
| Clinique obstétricale et gynécologie . . . . .                  | GRYNFELTT.       |
| Thérapeutique et matière médicale. . . . .                      | HAMELIN (*).     |
| Clinique médicale. . . . .                                      | CARRIEU.         |
| Clinique des maladies mentales et nerveuses. . . . .            | MAIRET (*).      |
| Physique médicale. . . . .                                      | IMBERT.          |
| Botanique et histoire naturelle médicale . . . . .              | GRANEL.          |
| Clinique chirurgicale. . . . .                                  | FORGUE.          |
| Clinique ophtalmologique. . . . .                               | TRUC.            |
| Chimie médicale, et pharmacie. . . . .                          | VILLE.           |
| Physiologie. . . . .                                            | HEDON.           |
| Histologie. . . . .                                             | VIALLETON.       |
| Pathologie interne. . . . .                                     | DUCAMP.          |
| Anatomie . . . . .                                              | GILIS.           |
| Opérations et appareils. . . . .                                | ESTOR.           |
| Médecine légale et toxicologie . . . . .                        | N...             |
| Id. . . . . SARDA (Ch. du c.)                                   |                  |
| Anatomie pathologique. . . . .                                  | N...             |
| Id. . . . . Bosc (Ch. du c.)                                    |                  |
| Microbiologie. . . . .                                          | N...             |
| PROFESSEURS HONORAIRES: MM. JAUMES, DUBRUEIL (*), PAULET (O *). |                  |

## CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

|                                                      |                        |
|------------------------------------------------------|------------------------|
| Clinique annexe des maladies des enfants. . . . .    | MM. BAUMEL, agrégé.    |
| Accouchements . . . . .                              | PUECH, agrégé.         |
| Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées. . . . .  | BROUSSE, agrégé.       |
| Clinique annexe des maladies des vieillards. . . . . | ESPAGNE, agrégé libre. |
| Pathologie externe. . . . .                          | N...                   |

## AGRÉGÉS EN EXERCICE :

|            |             |             |
|------------|-------------|-------------|
| MM. BAUMEL | MM. LAPEYRE | MM. VALLOIS |
| BROUSSE    | MOITESSIER  | MOURET      |
| SARDA      | BOSC        | DELEZENNE   |
| LECERCLE   | DE ROUVILLE | GALAVIELLE  |
| RAUZIER    | PUECH       |             |

MM. H. GOT, *secrétaire*.  
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire*.

## EXAMINATEURS DE LA THÈSE:

MM. FORGUE, *président*.  
ESTOR.  
LAPEYRE.  
DE ROUVILLE.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

**LE DOCTEUR C. ROCHE**

Chevalier de la Légion d'honneur.

**A MA MÈRE**

Faible témoignage de ma profonde affection.

**A MONSIEUR VILLION**

Hommage respectueux de reconnaissance  
et d'affection.

G. ROCHE.

AU MEILLEUR DES AMIS

**LE DOCTEUR A. BELLISSENT**

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

**MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE**

G. ROCHE.

## INTRODUCTION

---

Dans la séance du 23 octobre 1895 du IX<sup>e</sup> Congrès de chirurgie français, M. le D<sup>r</sup> Reynier (de Paris) attirait l'attention de ses collègues sur l'apparition de phénomènes septiques du côté de l'épiploon, survenant quelques semaines après la guérison complète, chez deux malades atteints de hernie et ayant subi, l'un la cure radicale, l'autre la kélotomie. A l'appui de ces dires, M. le D<sup>r</sup> Ch. Monod apportait deux observations personnelles analogues. Dans ces quatre cas, la réunion de la plaie opératoire avait été toujours obtenue par première intention.

Le 2 février 1896 entrant dans le service de M. Forgue un jeune homme atteint de hernie inguinale qui subit la cure radicale. Les suites opératoires marchaient sans complication, la température restait normale et la plaie chirurgicale, lors du premier pansement, était réunie par première intention ; on était à huit jours de l'opération.

Tout semblait donc marcher au gré de l'opéré et de l'opérateur, quand brusquement, sans raison apparente pouvant expliquer cela, des douleurs abdominales violentes apparaissent, la température s'élève en même temps que l'on voit survenir du délire et de l'agitation intense ; après quelques jours

de durée, ces phénomènes cessèrent brusquement avec l'évacuation d'une grande quantité de pus par la voie rectale.

Le rapprochement de ces accidents avec ceux qu'avait signalés le Dr Reynier se fit en notre esprit. Notre Maître M. le professeur Forgue nous engagea à étudier la question et à en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Dans ces quelques pages, le plan que nous avons adopté a été le suivant : D'abord un tableau clinique de l'affection. Deux observations, l'une ayant trait à une cure radicale, l'autre à une kélotomie pour étranglement herniaire ont été prises comme types. Suit une étude des symptômes, leur date tardive d'apparition, l'ordre dans lequel ils se sont succédé, enfin les caractères particuliers à chacun d'eux. La pathogénie occupera le second paragraphe ; nous avons tâché d'élucider ici par quel mécanisme l'infection avait pu se produire, étant donné les procédés antiseptiques si parfaits que possède aujourd'hui la chirurgie abdominale ; quelle voie avaient pu suivre les germes et pourquoi la marche des accidents avait été si lente. Vient ensuite l'étude de l'évolution des accidents. Suivront-ils une marche constamment ascendante, ou au contraire se localiseront-ils ? Quel que soit le processus suivi, le médecin ne peut ni ne doit rester inactif, et c'est alors la question de thérapeutique qui se pose, c'est par là que nous terminons. Dans ce dernier paragraphe nous examinons rapidement les divers traitements dont sera passible chaque cas particulier.

Dans ce modeste travail nous n'avons point eu l'intention de faire œuvre originale : telle n'a jamais été notre ambition. Nous avons désiré réunir en un tout succinct quelques consi-

dérations découlant de l'étude des faits observés. Notre étude se rattache surtout à la question si importante et si discutée aujourd'hui de l'emploi de fils non résorbables dans les sutures perdues. Nous apporterons à l'appui de nos dires les observations produites par le D<sup>r</sup> Reynier, au dernier Congrès de chirurgie ; deux autres tirées de l'ouvrage de Lucas-Championnière sur la cure radicale. Enfin une autre due à l'extrême obligeance de M. le D<sup>r</sup> Monod, qui a eu l'amabilité de nous l'adresser. Notons en passant la statistique de M. le D<sup>r</sup> Delorme, professeur au Val-de-Grâce, parue dans les *Archives de médecine et de pharmacie militaire* en mai 1895. Cette statistique, portant sur 100 cas de cure radicale, relève 21 cas où l'intolérance des fils avait amené des accidents septiques qui ne s'étaient terminés qu'avec l'élimination du dernier de ces fils. Tout dernièrement encore, M. W. Coley publiait dans le numéro du 29 février 1896 du *New-York medical Journal* seize observations où il relatait les inconvénients qu'il y avait à employer dans la cure radicale des fils non résorbables dans les sutures profondes. Avec ces documents empruntés aux différents auteurs, nous apportons trois observations inédites dues à l'obligeance de M. le professeur Forgue.

Après ce rapide exposé de notre thèse inaugurale, il nous reste à satisfaire à une vieille et touchante tradition. L'élève, le docteur de demain, ne saurait quitter, pour toujours peut-être cette École, sans exprimer toute sa reconnaissance aux maîtres bienveillants qui ont guidé ses premiers pas, raffermi ses premières hésitations dans cet art si difficile, qui va bientôt devenir le sien. A cette tradition nous n'aurons garde de manquer ; mais à cette obligation toute morale s'ajoute pour

nous le bien doux plaisir de pouvoir exprimer publiquement les sentiments que nous emporterons, les souvenirs qui nous suivront dans notre carrière, quand notre esprit évoquera les Maîtres passés.

Que M. le professeur Forgue reçoive nos remerciements pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse. Nous perdrons en le quittant un Maître éminent dont le brillant enseignement quotidien eut toujours pour nous tant d'attraits; nous ne saurions trop lui dire nos regrets. C'est à lui que nous devons la première idée de ce travail; c'est grâce à sa bienveillante autant que savante intervention, à ses conseils répétés, aux observations qu'il a bien voulu nous communiquer que nous avons pu écrire ces quelques pages.

Que M. le professeur Estor et M. le professeur agrégé Rauzier reçoivent ici l'hommage de notre profonde reconnaissance. Nous avons toujours trouvé auprès d'eux, à côté de la science du Maître, l'accueil bienveillant et affectueux de l'ami, nous ne les oublierons jamais.

Nous aurions encore beaucoup à dire, si nous voulions remercier tous ceux de nos Maîtres dont l'enseignement journalier fut pour nous une source de connaissances toujours nouvelles. Qu'ils reçoivent l'assurance que nous leur en serons toujours reconnaissant et que nous nous souviendrons de leurs leçons autant que de leurs excellents conseils.

M. le Dr Cavalié a bien voulu nous communiquer gracieusement une observation qui nous était utile; qu'il reçoive ici tous nos remerciements.

---

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE  
DES  
**ÉPIPLOÏTES TARDIVES**  
CONSÉCUTIVES  
A LA KÉLOTOMIE ET A LA CURE RADICALE

---

I

Un homme porteur d'une hernie ancienne, qui est devenue partiellement irréductible et gêné par la présence de cette tumeur, entre à l'hôpital où il subit la cure radicale avec résection épiploïque. Les suites de l'opération ont été des plus simples, la réunion par première intention a été obtenue. Jamais la température ne s'est élevée à 38°; jamais le ventre n'a été douloureux, bref, au bout de quelques jours, généralement une semaine, le sujet sort complètement guéri.

Rentré chez lui, il reprend ses travaux de tous les jours, quand brusquement, après vingt ou vingt-cinq jours de bien-être complet, il est pris de symptômes alarmants. Le ventre devient très douloureux, se ballonne, ou quelquefois au contraire se rétracte fortement, le patient émet des gaz, mais peu de matières fécales, il a avec cela des nausées, quelquefois des vomissements, alimentaires ou bilieux, mais jamais ou presque jamais ces vomissements ne prennent le caractère féca-

loïde. En même temps que ces symptômes, la fièvre s'allume, la courbe atteint 39 et 40°, le pouls est petit et rapide, le facies prend cet aspect particulier qui est connu sous le nom de facies abdominal, et quelquefois un délire violent avec agitation intense vient achever le tableau. A l'examen direct, on constate dans l'abdomen l'existence d'une tumeur assez étendue, molasse, mate à la percussion et excessivement douloureuse. Une laparotomie est faite donnant issu à du pus en plus ou moins grande abondance, au milieu duquel on retrouve des fils de soie qui avaient servi à la ligature de l'épiploon.

La collection purulente évacuée, un traitement antiseptique de la cavité est fait immédiatement, et l'on peut voir dès le jour même et comme par enchantement tous les symptômes précédemment décrits disparaître pour toujours.

Une autre fois c'est un vieil herniaire qui, depuis de longues années, a une hernie où des poussées inflammatoires successives se sont faites à divers intervalles; sous une influence quelconque, à la suite d'un effort, sa hernie augmente de volume et s'étrangle; les phénomènes marchent rapidement et amènent à bref délai une intervention chirurgicale. Le sac incisé, on arrive sur une masse épiploïque presque violacée. A l'incision du sac, il s'est écoulé une sérosité rougeâtre. On débride le collet du sac et l'anneau constricteur agent de l'étranglement, on attire l'épiploon sur lequel on place des ligatures aussi haut que possible et on résèque tout ce qui est en dessous d'elles.

Enfin, après que l'on a rempli toutes les conditions exigées par l'asepsie et l'antisepsie la plus rigoureuse, on fait la cure radicale. Le malade pansé et porté dans son lit ne semble plus devoir inspirer aucune crainte; sa température est excellente, la plaie se réunit par première intention, tout au plus observe-t-on un peu d'agitation, ainsi qu'une légère

constipation. Tout semble donc marcher à souhait, quand tout à coup, vers le dixième ou le douzième jour, le malade se plaint de douleurs atroces dans l'abdomen ; il pousse des cris continuels pendant de longues heures, au point de devenir lui-même un supplice pour les autres malades, de la salle. Une tumeur volumineuse dure, bosselée, mate à la percussion, occupe tout l'hypogastre du pubis à l'ombilic, la constipation opiniâtre que les purgatifs les plus énergiques arrivent à peine à vaincre, persiste avec émission de glaires par le rectum, glaires finement striées de traînées sanguinolentes. L'agitation est extrême, le malade passe ses mains sous son pansement, descend de son lit, malgré la surveillance dont il est l'objet et la défense qui lui en avait été faite.

A côté de ces phénomènes nerveux à allures bruyantes, on note une élévation thermique considérable et une accélération du pouls qui atteint 120 pulsations et au delà. Bref, tout se termine par la formation d'un abcès. Cette collection purulente une fois ouverte, soit spontanément, soit de la main du chirurgien, tous les symptômes inquiétants que nous venons de signaler s'amendent rapidement, quelquefois même brusquement, et le malade sort définitivement guéri. Une chose à noter, c'est qu'au milieu du pus de l'abcès on a trouvé des fils de soie.

Ce qu'il y a aussi de remarquable ici, c'est que toujours la réunion par première intention a été obtenue et que, pendant l'évolution de ces phénomènes réparateurs, rien de particulier n'est survenu.

De ces deux observations, deux choses nous semblent surtout à retenir : c'est d'abord, en premier lieu, la brusquerie de ces accidents, et surtout l'époque tardive de leur évolution. Dans nos observations, nous voyons, en effet, que le malade chez lequel ils sont apparus le plus rapidement était à douze jours de son opération ; chez un autre, un mois ou presque

s'était écoulé. Ces symptômes ont, en outre, un ordre d'apparition et une évolution qui leur semblent particuliers. Le symptôme le premier en date est une douleur à début brusque, généralement localisée à l'abdomen, mais qui, quelquefois, donne lieu à des irradiations; c'est ainsi que, dans notre observation n° II, il y avait de la douleur et des crampes dans le membre inférieur droit. Ce n'est qu'après quelques heures de ces phénomènes douloureux que l'on peut constater, dans l'abdomen, la présence d'une tumeur donnant la sensation d'un empâtement mollassé particulier, douloureux à la palpation, mate à la percussion. A ces symptômes purement locaux viennent bientôt s'ajouter des symptômes généraux annonçant la marche progressive du mal vers une occlusion intestinale à laquelle, en dernier lieu, succèdera la péritonite et son syndrome caractéristique. Au lieu de cette marche, progressivement ascendante, nous pouvons très bien voir les phénomènes cesser petit à petit et tout se terminer par la collection purulente nettement circonscrite. Lorsque l'abcès ou les abcès, car il n'est pas rare d'en observer plusieurs simultanément, se forment, ce n'est qu'à leur ouverture que l'on observera d'une façon définitive la rémission des accidents aigus et lorsque les fils de soie auront été éliminés. On voit, en effet, dans chaque observation que l'élimination complète de tous les fils de soie semble être la condition essentiellement nécessaire à la guérison. On a vu, en effet, la suppuration persister dans un cas pendant plus d'un an par une fistule qui se ferma définitivement sitôt que le dernier fil eut été expulsé.

Un dernier symptôme constant et qui tire son importance des accidents auxquels il expose toujours les malades en chirurgie abdominale, est une constipation opiniâtre qui résiste à toute thérapeutique et qui persiste pendant longtemps encore après la terminaison des accidents de la période aiguë.

---

## II

Il n'y a évidemment pas à se leurrer d'excuses ni d'illusions ; ici comme partout ailleurs, qui dit inflammation dit infection, et qui dit infection dit germes. Il est démontré, en outre, aujourd'hui, que dans ces cas particuliers c'est au coli bacille que l'on a affaire. L'épiploïte est donc toujours la réaction locale de l'organisme contre l'invasion de ce microorganisme.

Il semblerait alors, étant donné les précautions antiseptiques que suppose toute intervention chirurgicale actuelle, que l'épiploïte dût être rayée du cadre des complications du traitement opératoire des hernies ; il n'en est rien cependant, et, si les observations en sont rares, il faut évidemment en remercier les agents antiseptiques, mais peut-être serait-on en droit de se demander aussi si l'amour-propre chirurgical n'a pas été quelquefois en cause dans ce mutisme des auteurs.

L'épiploïte serait donc toujours le résultat d'une infection, la chose est hors de doute, mais là où commence la discussion, c'est quand il s'agit de déterminer quelle a été la porte d'entrée de ces germes, quel a été le processus évolutif de cette infection, puisque dans tous les cas les précautions avaient été prises, et que la certitude morale existait en faveur d'une asepsie opératoire stricte. La réunion avait été obtenue par première intention. C'est là un point important qui est à relever dans toutes les observations, et qui permet d'affirmer d'une façon absolue que les précautions antiseptiques avaient été parfaites ; à aucun moment on n'avait constaté une ascension thermique, quand quelques semaines après éclatent les

accidents caractéristiques de l'épiploïte. Une nouvelle intervention opératoire révèle, ainsi que nous le verrons au fur et à mesure de nos observations, une collection purulente qui, une fois évacuée, comble son vide, et la santé revient parfaite. Que s'est-il passé là ? Par où l'infection a-t-elle pu se faire ? C'est cette question de pénétration des germes que nous allons tâcher d'élucider. Le chirurgien, ses aides, ses instruments doivent être mis hors de cause, puisque la réunion immédiate par première intention avait été obtenue ; il nous reste les fils de soie tressée, cette grosse affaire du fil de soie à ligature non résorbable. On sait la difficulté qu'on a toujours éprouvée à obtenir l'asepsie de cet agent. Deux hypothèses peuvent alors être émises : ou bien le fil employé n'était pas rigoureusement aseptique, ou bien une fois renfermé dans la cavité abdominale, il a été l'objet d'une infection secondaire. Il semblerait, dans plusieurs cas, et notamment dans les observations publiées par le docteur Reynier au neuvième Congrès de chirurgie, que c'est à eux qu'incombe la responsabilité des accidents tardifs observés. Dans nos observations, il en est une (n° I) où les fils avaient été simplement bouillis ; mais dans l'observation n° II les fils devaient être aseptiques, autant que faire se peut, puisqu'on les avait passés à l'autoclave. Dans un troisième cas (obs. III), une autre cause d'infection directe peut être invoquée. On a, en effet, observé que notre malade, dans un moment d'agitation et de délire, poussé par la douleur violente qu'il éprouvait, a passé la main sous son pansement, l'a fait changer de place, tant et si bien, qu'à un moment donné la ouate hydrophile recouvrait la verge, et le malade souillait son pansement de ses urines. On comprend très bien qu'ici l'infection se soit faite, soit par la main du malade, la plaie étant à nu, soit que l'urine, cheminant par capillarité dans la ouate hydrophile, constituât un excellent milieu de culture pour les germes. Pour expliquer les acci-

dents tardifs de suppuration profonde en rapport avec cette étiologie, on pourrait admettre ici que le fil, tout à fait superficiel et qui a suppuré, a localisé une infection, laquelle, à travers la série des fils superposés, aurait cheminé vers la profondeur, gagnant ainsi de proche en proche les divers étages successifs de suture, pour arriver à celui de l'épiploon lui-même.

A côté de ces deux mécanismes d'infection pour ainsi dire directs, il en est un troisième qu'il nous semble rationnel d'examiner. Supposons une cure radicale, portant sur une épiplocèle qui a été le siège d'une série d'épiploïtes successives ; le paquet épiploïque, non seulement au-dessous mais encore au-dessus du collet du sac est plissé, induré, difficile à distendre, à cause des adhérences sans nombre consécutives à un exsudat plastique inflammatoire. Supposons qu'avec l'épiplocèle soit une anse intestinale, pincée, étranglée, par laquelle le germe infectieux sera venu dans le sac et aura infecté l'épiploon, même au-dessus du collet du sac. Quand on placera des ligatures sur la masse épiploïque que l'on devra réséquer, il pourra se faire qu'on ne puisse distendre le paquet sur lequel on liera alors en masse, et, si consciencieux qu'ait été le nettoyage, il est fort possible que quelques germes soient laissés dans ses replis et refoulés avec le moignon épiploïque dans la cavité abdominale. Une question ici se pose, et à laquelle il nous semble évidemment difficile de répondre. Comment expliquer une localisation si bien limitée du processus inflammatoire ? On sait en effet que, au moment où il est réintégré dans la cavité abdominale, le moignon épiploïque remonte très haut dans cette cavité ; pourquoi un organe aussi susceptible que la grande séreuse abdominale reste-t-il indemne ? Mais encore, pourra-t-on demander, pourquoi ces germes resteront-ils à l'état torpide pendant un temps variable pour chaque individu ? Nous ferons alors intervenir ici des causes secondaires qui seront les suivantes :

Le moignon épiploïque en paquet, remplaçant dans la cavité abdominale un organe physiologiquement étalé, pourra très bien alors jouer le rôle d'un corps étranger et déterminer une réaction inflammatoire par suite des mouvements que le sujet ne cesse d'exécuter avec les efforts respiratoires, par exemple.

Ce mécanisme traumatique semble bien net. Il est, en effet, à noter que, dans les trois observations inédites que nous publions, c'est toujours à la suite de mouvements violents, que sont survenus les accidents. Dans l'observation I, le malade reprend ses travaux pénibles, et c'est à ce moment qu'il est pris de douleurs abdominales violentes; chez un autre, c'est en se promenant dans un lieu public qu'il ressent la première atteinte du mal; le troisième, enfin, n'a cessé, depuis l'opération jusqu'aux accidents consécutifs, de présenter une agitation extrême.

Cette réaction inflammatoire se traduira d'abord par de l'hyperhémie, puis par un exsudat, enfin des adhérences. Les deux premiers stades de cette évolution sont éminemment favorables au développement de ces germes, qui, torpides jusque-là, pourront alors reprendre une vitalité nouvelle et donner naissance à ces abcès que nous observons ensuite.

Dans notre observation n° VIII, que nous avons empruntée à l'ouvrage de M. Lucas-Championnière, sur la cure radicale des hernies, nous voyons que le malade qui, malgré la surveillance dont il était l'objet, fit des mouvements intempestifs, vit survenir brusquement une tumeur abdominale volumineuse qui, à la laparatomie, fut constituée par du liquide hématique. Quel milieu pouvait être plus favorable à la culture des germes infectieux? On sait la facilité avec laquelle les hématomes deviennent purulents. Étant donné la facilité avec laquelle saigne l'épiploon, il semble que l'on peut encore voir là une des causes secondaires favorisant l'éclosion des

épiploïtes tardives. Pourrait-on enfin invoquer comme présidant à la formation de certains abcès le mécanisme suivant ? La partie d'épiploon qui est située au-dessous de la ligature étant privée de circulation se sphacèle et détermine l'infection : très bien, mais il existe, on le sait, des gangrènes absolument aseptiques, et ici on se trouve en présence d'un cas type. A cela, on peut encore répondre que ces gangrènes sans germes n'en sont pas moins capables de donner naissance à des collections purulentes ; mais, ainsi que le dit M. Lucas-Championnière dans son ouvrage sur la cure radicale, il ne faut évidemment pas abuser de ce terme de suppuration aseptique ; il est cependant juste de l'admettre comme chose démontrée, témoins les abcès aseptiques que l'on détermine expérimentalement par des injections sous-cutanées de térébenthine.

Nous pourrions donc, en somme, pour résumer cette pathogénie, dire que les germes infectieux peuvent provenir, soit de l'extérieur, soit de l'épiploon lui-même, et que, dans ce dernier cas, interviendront, comme causes secondes, les états inflammatoires dus à une hémorragie locale ou à une irritation produite par le moignon épiploïque. Enfin, quelle qu'ait été la porte d'entrée des germes, leur localisation ultime s'est faite sur les fils des ligatures.

### III

Voici donc le problème posé, l'abcès formé : Vers quelle solution va-t-il marcher ? Quelle sera son évolution ? La terminaison de ces accidents infectieux, exclusivement locaux en somme, sera celle que l'on observe dans d'autres régions chez d'autres organes. L'issue la plus favorable serait évidemment la *restitutio ad integrum* par la régression pure et simple des accidents inflammatoires.

Cette terminaison par la *restitutio ad integrum*, pour n'être pas la plus fréquente, ne constitue pas pour cela une exception ; il semble cependant que quand les germes infectieux ont commencé leur œuvre, si localisée soit-elle, ils aboutissent toujours ou presque toujours à former une collection purulente, laquelle devra forcément se terminer par l'évacuation au dehors, soit spontanément, soit que le chirurgien intervienne. Ce dernier mode de terminaison trouvera sa place à l'étude succincte que nous ferons du traitement. L'abcès qui doit se terminer sans intervention peut suivre la voie extérieure, pointer du côté de la peau qui prendra à ce niveau les caractères classiques qu'elle présente toutes les fois qu'elle recouvre du pus : elle sera rouge, chaude, luisante, douloureuse ; si, au contraire, l'abcès tend à proéminer vers la profondeur, son ouverture peut se faire dans la cavité péritonéale et y déterminer aussitôt les symptômes d'une péritonite foudroyante, rapidement mortelle ; d'autres fois, il pourra s'ouvrir dans l'intestin et le pus sera retrouvé mélangé aux selles ; et dans cette éventualité d'ou-

verture intestinale de l'abcès, deux cas peuvent se présenter, ou bien l'abcès complètement évacué sera définitivement guéri avec l'élimination totale des corps étrangers que constituent les fils à ligature posés sur l'épiploon; ou bien, son évacuation étant incomplète, il persistera une fistule faisant communiquer l'abcès avec l'anse intestinale; cet abcès en bouton de chemise se videra de temps en temps ou d'une façon continue, suivant que l'orifice de la fistule restera perméable ou au contraire s'oblitérera momentanément. Dans l'un comme dans l'autre cas, la vie du malade courra de sérieux dangers, à cause de la porte d'entrée toujours ouverte aux infections secondaires. Dans un cas, la résorption de produits toxiques s'effectuera continuellement à ce niveau; dans l'autre, il peut se faire que la lésion ne reste pas nettement circonscrite et qu'au contraire l'épiploon soit envahi dans son entier par le processus inflammatoire. C'est ce qui a eu lieu dans les cas où l'on constate ces énormes gâteaux inflammatoires de consistance pâteuse rémittente. Le résultat fatal, si la marche en avant n'est pas enrayée, est la péritonite. A la douleur du début et à la constipation passagère succède de l'obstruction complète; les gaz même ne passent plus, puis peu à peu l'abdomen se ballonne, la physionomie du malade s'est profondément altérée et revêt l'expression d'une vive souffrance; ajoutons à cela des vomissements qui, composés quelquefois d'abord des éléments ingérés, en dernier lieu deviennent bilieux, puis bientôt fécaloïdes. Avec cela, le pouls, petit et filiforme, monte à 120-130 pulsations par minute, en même temps que la température, qui s'était élevée au début des accidents, tombe brusquement, et le malade entre dans le collapsus et le coma dont il ne sortira plus.

---

## IV

A ces accidents si redoutables et qui peuvent amener une issue fatale, quelle thérapeutique devra-t-on opposer? Quels seront les moyens efficaces dont disposera le chirurgien, de quelles armes devra-t-il se servir? Il est indiscutable que, en présence d'accidents évoluant depuis quelque temps et ayant amené la formation d'une collection purulente, une seule conduite sera de mise : l'ouverture de l'abcès, l'évacuation de son contenu et l'antisepsie rigoureuse de sa cavité : telles seront les premières indications qui se poseront à l'esprit du chirurgien. Mais appelé au début alors qu'une douleur violente et une tuméfaction générale de l'hypogastre sont les seuls symptômes qu'offre le malade, il faudra songer à employer une médication un peu plus douce, un peu moins radicale, et, si j'osais m'exprimer ainsi, un peu moins moderne. Je sais très bien qu'aujourd'hui, avec la grande sécurité qu'a donné l'antisepsie dans toutes les interventions sur l'abdomen, nombreux sont les chirurgiens qui n'hésiteraient pas à recourir à l'incision de la paroi suivie d'une toilette complète de la séreuse. A cette conduite toute rationnelle dans des circonstances données on pourrait objecter quelques raisons qui, pour n'être pas d'un ordre très élevé, n'en sont pas moins d'une réalité pratique. Une laparotomie est devenue aujourd'hui dans les hôpitaux chose si commune et je dirai même si inoffensive qu'elle semble en pareille occurrence toute naturelle ; mais j'ai dit dans les hôpitaux, et il est loin d'en être de même dans la pratique

journalière du médecin. Où sont alors les aides dévoués et intelligents, où le personnel dressé tout spécialement, où l'outillage si complet et si nécessaire?

Avant que l'indication bien nette d'une pareille intervention se soit posée, il nous semble qu'il est quelques petits moyens qu'on est en droit d'employer d'abord. Je citerai en première ligne les grands cataplasmes très chauds recouvrant toute la surface abdominale; ils répondent ici à deux indications: ils calment la douleur et servent également à faire une dérivation locale, qui n'est jamais négligeable. A ces topiques on pourra joindre les onctions de la région abdominale avec de la pommade mercurielle belladonnée, tant comme calmant que comme résolutif; l'action efficace de cet agent a été plus d'une fois reconnue en pareille occurrence.

Un des symptômes importants chez ces malades est une constipation absolue résistant à l'action des purgatifs les plus énergiques, les grands lavements d'huile répondront parfaitement à l'indication qui précède: celle d'évacuer le gros intestin.

Lorsque ces moyens qui — je me fais un devoir de le reconnaître ne sont que de petits moyens, bons à employer au début des accidents, — lorsque ces moyens, dis-je, ont échoué et que les accidents subissent, malgré tout, une marche ascendante, l'action chirurgicale entre alors en ligne et c'est à elle seule que l'on devra avoir recours. Un abcès existe-il? Il sera largement ouvert, évacué, sa cavité antiseptisée sera drainée, soit avec un tube à drainage, soit avec une longue mèche de gaze iodoformée.

Enfin, dans les cas où on n'aperçoit pas l'abcès, ou bien quand des phénomènes d'obstruction intestinale surviennent, l'affection ne devient alors justiciable que d'une seule intervention, la laparotomie. La cavité abdominale ouverte, on procéderait à la toilette soignée de la séreuse, on romprait les

adhérences qui existent toujours dans ces cas-là. S'il existait des abcès, ils seraient ouverts à ce moment, le reste de l'opération ne différerait en rien d'une laparotomie ordinaire.

En somme, chaque cas particulier semble être justiciable d'une intervention appropriée, et jusqu'ici, toutes les fois que pareille conduite a été tenue, on a vu sitôt le réveil du malade, après l'opération les accidents cesser et la convalescence survenir, bientôt suivie de la guérison définitive.

---

## OBSERVATIONS

---

### Observation I

(Due à M. le professeur FORGUE)

G... L..., vingt-six ans, scieur à la mécanique, entre dans le service de M. le professeur Tédénat, le 17 août 1892. Il y a quatre ans, il s'était aperçu qu'il était porteur d'une hernie réductible, qu'il a depuis maintenue avec un bandage. La tumeur devint gênante, étant donné sa profession pénible, et il résolut de se faire opérer. A son entrée, on constate dans la région inguino-scrotale droite la présence d'une petite tumeur molasse, mate à la percussion et partiellement réductible. Sur le cordon, à deux centimètres environ de l'anneau inguinal, existe un petit noyau induré et fixe. On porte le diagnostic d'épiploïte partiellement adhérente. 19 août, opération par M. le professeur Forgue. Asepsie scrupuleuse de la région des instruments et des mains; les fils ont été stérilisés par bouillissage. Incision descendant sur le scrotum, longue de 10 à 12 centimètres avec sa partie moyenne au niveau de l'anneau inguinal externe. On trouve l'épiploon adhérent au niveau de la nodosité fixe qu'avait révélée la palpation; il est réséqué après ligature en chaîne au fil de soie; excision du sac, ligature très haut. La portion de l'épiploon qui est réséquée pèse 125 grammes. — 20 août. T. m. 36°8; s. 37°2. — 21 août. T. m. 38°; s. 37°7. Rétention d'urine depuis la veille au soir, eau de Janos. — 22 août. T. m. 38°2; s. 36°8; le malade urine. — 24 août, pansement. Réunion par première intention, on enlève trois points de suture. Les autres points sont enlevés deux jours après. La réunion totale et immédiate est parfaite, on se contente d'appliquer un suspensoir ouaté. Le malade sort le 2 septembre complètement guéri.

Rentré chez lui, le malade continue à éviter les fatigues de tout

ordre, il reprend peu à peu ses occupations à dater du 20 septembre, le 24 il veut réintégrer le lit conjugal, et c'est le lendemain 25 septembre qu'il est pris brusquement d'une vive douleur dans le flanc droit, le ventre est très sensible au moindre contact. Le 1<sup>er</sup> octobre, on constate l'existence d'une masse volumineuse empâtée mate à la percussion et excessivement douloureuse et siégeant en dehors et en dessous de l'ombilic à droite. La formation de cet empâtement inflammatoire coïncide avec une constipation absolue. Le malade a des nausées presque constamment, mais pas de vomissements. En même temps que ces symptômes la fièvre s'est allumée et est progressivement montée jusqu'à 39°7. On applique sur le ventre de très grands cataplasmes très chauds. Pendant quelques jours, le malade se refusant à toute intervention, on insiste sur ces simples moyens antiphlogistiques, sur les lavements et les purgatifs qui réussissent à provoquer des selles douloureuses et peu abondantes. Puis un point central étant devenu fluctuant, M. le professeur Forgue fit une incision de quelques centimètres sur le bord externe du grand droit. Cette incision, qui traversa les muscles des parois et le fascia transversalis, ouvrit une collection profonde sous-péritonéale, cloisonnée en arrière par des anses intestinales et révélant au doigt, à sa partie haute, la sensation d'une masse irrégulière indurée qui parut être le moignon épiploïque enflammé. La cavité fut soigneusement détergée, touchée au chlorure de zinc à 1/10, drainée avec la gaze iodoformée. Dans les jours qui suivirent, des pansements fréquents furent nécessités par la sécrétion purulente assez abondante ; la plupart furent faits en dehors de la surveillance de M. le professeur Forgue, néanmoins il put parfaitement noter un jour l'élimination d'un brin de soie. La réparation et la cicatrisation furent lentes : ce n'est que le 3 décembre qu'elles furent complètes.

## Observation II

(Due à M. le professeur FORGUE et à M. le D<sup>r</sup> CAVALIÉ)

R... (Antonin), trente-six ans. Entré le 6 décembre 1895, sorti le 18 décembre 1895.

Cet homme, grand et vigoureux, s'était aperçu, il y a sept ans, qu'il portait à droite une hernie inguinale, qui n'était pas douloureuse, qui

se réduisait d'elle-même dans la position couchée. Jamais aucun bandage n'avait été appliqué. Le 3 décembre, sans cause appréciable, ont apparu les premiers symptômes de l'étranglement : vomissements muqueux et bilieux, fièvre, soif vive, gonflement douloureux de la partie. Deux ou trois évacuations liquides peu abondantes. Il a continué néanmoins à expulser des gaz aussi fréquemment qu'auparavant. L'examen local corrobore ce diagnostic d'épiplocèle irréductible et enflammé, fourni par la persistance de l'évacuation du gaz et de matières fécales ; la tumeur herniaire, du volume d'une grosse orange, pas très tendue, est mate à la percussion et donne à la pression une sensation de mollesse. Ces manœuvres sont douloureuses. Opération immédiate. Anesthésie à l'éther. Incision de dix centimètres environ, remontant haut sur l'abdomen, suivant le grand axe de la tumeur ; on arrive, sur le sac mince et transparent, à travers une incision, on recueille avec une pipette quelques centimètres cubes d'un liquide, d'ailleurs peu abondant, clair, avec quelques flocons fibrineux, pour en faire l'analyse bactériologique. On tire à soi la masse épiploïque qui se présente et tend à sortir d'elle-même. Cette masse est très fortement congestionnée, elle a une couleur lie de vin foncée. Elle adhère par quelques agglutinations molles à la face interne du sac. On place une ligature à la soie en nœud simple, à quelques centimètres au-dessus de la partie qui correspondait au collet, on résèque la masse sous-jacente et on réduit le pédicule dans l'abdomen, après avoir agrandi l'orifice. Le sac est alors disséqué de très près avec l'ongle. Cette dissection est poussée très haut dans le trajet inguinal ; on place un fil de soie à la base, on résèque le sac, on réduit le pédicule, puis on suture les piliers. Deux plans de suture, l'un à la soie, l'autre au fil métallique, pansement iodoformé compressif. Suites immédiates excellentes, sauf une agitation considérable le soir de l'opération, agitation due à l'alcoolisme du sujet qui, pendant plus de trois ans, a bu une demi-litre d'absinthe par jour, et qui cède à la morphine et à l'alcool. On enlève les fils le 14 décembre. La réunion a été immédiate et complète, le testicule n'a pas été et n'est pas douloureux. Le malade sort le 18 décembre, en parfait état général et local, en dépit des conseils de M. le professeur Forgue, qui le dissuade d'une aussi prompt sortie. On substitue au pansement complet des jours précédents un léger pansement occlusif au collodion iodoformé sur la plaie opératoire totalement cicatrisée. Transporté chez lui en voiture, il se

mit aussitôt au lit et y resta, sans se lever d'aucune façon, pendant sept jours pleins ; cette période ne fut marquée d'aucun incident : le malade avait retrouvé son appétit et son sommeil habituels, ses fonctions digestives s'accomplissaient normalement, et, en dehors de quelques élancements douloureux du côté du cordon (côté opéré), que les efforts de toux redoublaient, le malade ne se ressentait nullement de l'opération. Aucune modification du côté de la région opérée. Le huitième jour après la sortie de l'hôpital, le malade eut, dit-il, à son réveil, une éjaculation involontaire, sous l'influence d'un rêve érotique ; sa femme l'attribuerait plutôt à une masturbation impulsive que son mari aurait regretté ensuite. Cette éjaculation fut d'ailleurs douloureuse, et l'érection prolongée qui l'avait précédée détermina une pesanteur très pénible dans le testicule droit. Le même jour, à onze heures, le malade se leva pour la première fois, et dans l'après-midi il fit une promenade de trois heures dans la campagne. Dès le même soir il se sentit tout fatigué, en proie à un malaise fébrile, il dormit mal, et le lendemain des phénomènes de péritonite apparaissaient : nausées suivies bientôt de vomissements verdâtres et plus tard fécaloïdes, vives douleurs abdominales généralisées et, fait curieux, plus prononcées à gauche ; météorisme, constipation absolue, l'état général concordait avec ces signes locaux, la fièvre était vive (la température n'a pas été prise), le pouls battait 100 pulsations, était petit, arythmique et dépressible, le faciès était grippé, la nuit suivante le délire s'ajouta à ces divers signes, délire que l'alcoolisme du sujet expliquait suffisamment.

M. le professeur Forgue prescrivit des boissons glacées, des embrocations d'onguent mercuriel sur le ventre, de l'alcool et surtout de grands cataplasmes très chauds incessamment renouvelés. Sous l'influence de cette médication, les phénomènes s'atténuèrent progressivement en quatre ou cinq jours ; l'attention fut alors attirée du côté de la région opérée par des douleurs extrêmement intenses, partant du testicule droit suivant le cordon, et remontant dans la fosse iliaque et dans tout le flanc droit. Les douleurs donnaient au malade des sensations d'arrachement. Localement on constatait une rougeur vive et un empâtement diffus siégeant au-dessus de l'arcade crurale sur une hauteur de cinq travers de doigt environ. Cette région était douloureuse au palper. La tuméfaction était profonde, sous-jacente au plan musculo-cutané qui ne s'enflamma que secondairement et donnait

l'impression que donne un gâteau de pérityphlite, de cellulite péri-cœcale ou péricolique. Cet état de vives douleurs locales accompagné de fièvre, de perte de l'appétit et de paresse intestinale, dura cinq à six jours, le malade répugnant à toute intervention. Le 10 janvier, une abondante collection purulente s'ouvrit à mi-chemin entre l'ombilic et l'arcade; l'exploration au stylet montra le siège profond de ce foyer et sa situation évidemment sous-jacente au plan péritonéal. C'est cette profondeur de la collection, sa position plus élevée que le trajet inguinal, son évolution à la suite d'un empâtement sous-pariétal, qui permet, en l'absence d'une intervention clairvoyante, d'établir le siège épiploïque probable de son origine. On ne pouvait en effet, en raison des symptômes péritonéaux intenses du début, que faire ces deux hypothèses: ou péritonite localisée, ou épiploïte. L'apparition tardive des phénomènes inflammatoires, la localisation du processus, l'inflammation épiploïque antécédente, permettent d'attribuer logiquement à l'épiploon le point de départ de cette vive phlegmasie.

Cette ouverture, spontanée de l'abcès mit fin immédiatement aux douleurs et amena une détente dans l'état général. Le malade marcha dès lors vers la convalescence définitive, cependant il garda pendant quelque temps une certaine paresse intestinale, se traduisant par de la constipation absolue, accompagnée de vives douleurs sur le trajet du gros intestin. On dut à trois reprises administrer un purgatif énergique qui amena une débâcle. Un régime laxatif fut suivi plus tard, qui prévint le retour de ces accidents. Le malade ne se leva définitivement que le 23 janvier, quarante-huit jours après l'opération.

Revu le 20 mars 1896. Etat général assez bon, cependant fatigue facile, quand il fait un travail un peu pénible. Il reste un peu d'amaigrissement et de pâleur à la face; les fonctions digestives s'accomplissent bien, ni constipation, ni coliques. Après l'opération, le malade a eu le premier rapport sexuel avec sa femme le 1<sup>er</sup> février, depuis il répète à peu près l'acte une fois par semaine et sans douleur. A l'examen on constate la persistance de l'orifice fistuleux à 6 centimètres de l'arcade crurale. Cet orifice à bords minces décollés occupe le centre d'une région où la peau est luisante et violacée; il laisse sourdre un liquide puriforme, louche, qui coule plus abondamment dans la journée sous l'influence des efforts. Jamais, depuis l'ouverture de l'abcès, le malade n'a eu de douleurs dans cette région. Cette persistance de la fistule s'explique évidemment par la présence des fils infectés de la ligature épiploïque; le malade se refuse à toute interven-

tion de recherche et d'ablation de ces fils. Signalons la présence à la queue de l'épididyme gauche d'une induration consécutive sans doute à une orchite blennorrhagique remontant à l'âge de dix-huit ans.

### Observation III

(Recueillie dans le service de M. le professeur FORGUE)

M... (Aug.), vingt ans, entre dans le service, salle Delpech, lit n° 22, le 5 février 1896.

Le 17 juillet de l'année précédente, il fut brusquement pris de coliques violentes, bientôt suivies de vomissements. Ces malaises durèrent une semaine environ, et c'est au bout de ce laps de temps seulement qu'il s'aperçut qu'il portait une tumeur au niveau de la région inguinale droite, laquelle se réduisait d'elle-même dès qu'il était couché. Il porta de ce jour un bandage qui contient mal la hernie ; celle-ci sortait en effet bien souvent au moindre effort, malgré l'appareil.

A son entrée à l'hôpital, le diagnostic d'entéro-épiplocèle fut porté.

Le 7 février. *Opération.* Ethérisation, aseptie stricte de la région, des mains et des instruments. Incision verticale, dont la partie moyenne correspondait au niveau de l'orifice interne du canal inguinal. L'épiploon, saisi, est étalé autant que possible ; on place sur lui une ligature en chaîne au fil de soie, et la partie qui est sous cette ligature est réséquée, elle pèse 70 grammes. La plaie est fermée au moyen de deux plans de suture superposés, au fil de soie ; un troisième plan superficiel au fil métallique réunit la peau. Bandage de corps sur pansement ouaté compressif.

Pendant les huit jours qui suivirent, la température ne subit pas d'ascension. L'état général est assez bon, il existe cependant un état d'excitation extrême que le nervosisme antérieur du sujet suffit à expliquer ; les hypnotiques administrés à l'intérieur demeurent à peu près sans action. Malgré tout, le 15 février, jour du premier pansement, on notait la réunion par première intention, mais un des fils métalliques, peut-être serré avec excès, avait créé une ulcération superficielle qui, cinq jours après, montre une légère suppuration de la peau. On apprend que le malade, dans son excitation, a passé les

main sous son pansement, et que ce dernier, ayant été déplacé au point de recouvrir la verge, il avait même été souillé par l'urine.

Le 17, T. m. 36°9 ; s. 38°7. Ce jour-là le malade commence à se plaindre de vives douleurs abdominales, surtout à l'hypogastre ; il pousse toute la journée et toute la nuit des cris continuels. Au palper, on trouve dans le bas-flanc droit et dans l'hypogastre une masse empâtée, mate à la percussion, douloureuse à la palpation profonde, à gauche, entre l'arcade crurale et l'ombilic, la vue et le toucher permettent de reconnaître la présence d'anses intestinales saillantes, tendues, sonores, évidemment dilatées en amont de l'obstacle créé par le gâteau d'adhérences entéro-épiploïques qui occupe le flanc droit.

En même temps, l'état général est très mauvais, la température oscille matin et soir entre 38° et 39°, le pouls est petit et rapide, et le malade a des nausées continuelles. A cela s'ajoute une constipation opiniâtre, insurmontable, le malade émet par le rectum des gaz et des matières glaireuses, et cela avec d'atroces douleurs à ce niveau.

M. le professeur Forgue ordonne de grands cataplasmes chauds incessamment renouvelés et occupant toute la surface du ventre, avec cela des purgatifs répétés. Ces derniers n'ont aucune action efficace, et c'est tout au plus si, sous l'influence de ces agents, le malade arrive à émettre des boulettes dures et maronnées. Jusqu'au 28 février, cet état se maintient, avec quelques accalmies, mais avec des crises douloureuses qui font jeter au malade de violents cris ; l'empâtement gagne à droite les couches pariétales et sous-cutanées ; dans le bas-flanc gauche le météorisme des anses distendues augmente ; la fièvre est intense, les douleurs abdominales violentes, le facies grippé. De grands lavements d'huile portés très haut au moyen d'une sonde œsophagienne sont alors prescrits et l'on se décide à faire le lendemain une laparotomie. T. m. 38°3 ; s. 39°5.

Le 29 février. — T. matin, 38°3. En allant à la selle, le malade éprouve brusquement une douleur vive suivie d'une évacuation très abondante. Cette chose, dont il n'était plus coutumier, surprit le malade qui examina ses selles et trouva qu'elles contenaient un liquide verdâtre strié de rouge qu'il compare au pus d'un abcès qu'il eut, il y a trois ans, à la jambe gauche. Ce dire n'ayant pu être vérifié, le fait ne peut être affirmé. Dès le soir, la température tombait à 37°, chiffre qu'elle n'a jamais dépassé depuis. Dès ce jour, l'amélioration est progressive : pendant une dizaine de jours, l'empâtement du bas-flanc droit ne présente qu'une lente diminution ; mais, le

tympanisme et la distension des anses, si marqué à gauche, tend à disparaître. A droite, la palpation continue à révéler la présence de cette nappe sous-pariétale de phlegmon dur, formé vraisemblablement par le moignon épiploïque mastiqué avec les anses voisines.

Le 14 mars. — Il ne restait plus entre l'ombilic et l'arcade crurale du côté droit qu'un petit gâteau d'induration profonde. Pendant tout ce temps, le malade a conservé une constipation opiniâtre, il ne va du corps qu'au moyen de lavements. Mais cette fonction a fini par s'améliorer ; le malade qui, par appréhension des selles surtout, réduisait au minimum son alimentation, s'est remis à manger.

20 mars. — Il quittait l'hôpital bien portant et ne gardant qu'un point d'infection circonscrit et profond en dehors et en bas de l'ombilic à droite, vers la région cœcale.

#### Observation IV

(Due à M. le docteur Ch. Monod)

M..., trente ans, entré à l'hôpital Saint-Antoine dans le service du Dr Ch. Monod, le 8 décembre 1894. Il porte, depuis une dizaine d'années, une hernie inguinale droite, qui, malgré un bandage, n'a cessé d'augmenter et a fini par devenir irréductible. A l'examen entéro-épilocèle, l'intestin seul est réductible. Douleurs fréquentes à l'hypogastre se propageant dans tout le ventre ; jamais d'accidents d'étranglement. Le malade entre à l'hôpital avec le désir d'être opéré.

*Opération le 20 décembre.* — Après la préparation d'usage et avec les précautions antiseptiques habituelles (lavage minutieux de la région qui est, de plus, vigoureusement frottée à l'éther et à l'oxy-cyanure de mercure. Instruments stérilisés par la chaleur. Fils bouillis séance tenante. Ouate stérilisée et gaze iodoformée dans le service), la cure radicale est faite suivant le procédé de Bassini ; au cours de l'opération, l'épiploon est attiré hors du ventre sur la plus grande étendue possible, jusqu'à l'apparition de l'intestin. Il est lié à deux travers de doigts au-dessus de celui-ci à l'aide de deux fils de soie entrecroisés.

*Marche.* — Tout d'abord aucun incident, pas de température.

26 décembre. — Premier pansement, ablation des fils. Réunion par première intention.

2 janvier. — Pansement. Tout est en bon état.

8. — Le malade, jusque-là apyrétique, a de la température : matin, 38°; soir, 38°4. Malaise, sueurs, toux. Comme il est tuberculeux (1<sup>er</sup> degré), on pense qu'il s'agit d'une poussée pulmonaire. Il se plaint de plus du ventre; on n'attache pas tout d'abord une grande importance à ce fait.

9. — La fièvre persiste, T. : matin, 38°3; soir 38°6. La douleur du ventre continue; il semble qu'à l'épigastre on perçoive une certaine consistance.

10. — Submatité à ce niveau. Même état général, T. : matin, 38°; soir, 38°8.

12. — La température s'élève ce matin à 39°2. A l'épigastre, on sent maintenant une plaque douloureuse siégeant dans les parties profondes de la paroi, et par derrière une tuméfaction très nette qui semble grosse comme une orange moyenne. M. le D<sup>r</sup> Monod, malgré l'absence de toute fluctuation, en raison de la marche des phénomènes et de leur siège, diagnostique une collection purulente au niveau du moignon épiploïque, il se décide à une intervention immédiate.

*Opération.* — Incision sus-ombilicale médiane. Tissus sous-cutanés un peu infiltrés. On ne distingue pas le tissu graisseux sous-péritonéal; la section est poursuivie avec précaution, lenteur; tout à coup, à un dernier coup de bistouri, le pus apparaît. L'ouverture de la collection est faite aux ciseaux dans toute la hauteur de l'incision. Il s'échappe un flot de pus verdâtre bien lié. Le doigt, introduit, pénètre dans une cavité qui a le volume d'un œuf de poule; on distingue au fond une partie rugueuse qui doit être un fil de soie. Une pince la saisit et essaie de l'amener au dehors, cela résiste, il faut avec les ciseaux couper à côté de la pince; celle-ci put alors être retirée, serrant entre ses mors un fil avec son nœud.

Toute la cavité est touchée au naphtol camphré. Une mèche de gaze iodoformée et un drain sont laissés à demeure; la plaie est refermée au-dessus et au-dessous. Pansement à la gaze iodoformée; ouate et bandage de corps. Le soir, 37°4.

*Suites* des plus simples. — La cavité se comble peu à peu.

Le 3 février il ne reste plus qu'un petit trajet qui fournit encore

un peu de pus. Cette ouverture persiste pendant tout le mois de février.

Le 2 mars, élimination d'un nouveau fragment de fil de soie. Le trajet se ferme alors définitivement.

Exit le 9 mars.

### Observation V

(D<sup>r</sup> REYNIER, IX<sup>e</sup> Congrès de chirurgie)

Un homme de trente-cinq ans entré à l'hôpital Tenon pour une hernie épiploïque irréductible. Depuis l'âge de vingt ans, le malade présentait à la région inguinale droite une hernie qu'il ne rentrait jamais complètement.

Deux jours avant son entrée à l'hôpital, il avait fait une chute ; sa hernie sortit très volumineuse et ne put être réduite, malgré les tentatives répétées de taxis par le malade et son médecin.

A son entrée, on constatait au niveau de la région inguinale droite une grosse tumeur descendant dans le scrotum, tendue, fluctuante. A la percussion, la tumeur était mate. Le diagnostic porté fut celui d'épiploïte enflammée avec peut-être une anse intestinale. En effet, après incision du sac, une certaine quantité de liquide rougeâtre s'échappe et on trouve une grosse masse d'épiploon qui remplit tout le sac, adhérent sur une grande étendue aux parois de celui-ci. Après l'avoir libérée, nous trouvons au-dessous une anse intestinale que je rentre facilement.

Mais, en présence de cette masse épiploïque saignante, je jugeai bon d'en pratiquer la résection juste au-dessous de l'anneau. Au moyen de deux fils de soie n° 5 entre-croisés, je réussis à faire un pédicule assez gros toutefois, que je rentrai. La portion de l'épiploon réséqué pesait 300 grammes ; les suites de l'opération furent très simples, sauf une congestion pulmonaire dont le malade présenta les symptômes le lendemain de son opération ; mais du côté de sa hernie la réunion se fit sans accident et sans suppuration, et le cinquième jour le malade nous quittait.

Un mois après, il rentrait se plaignant de douleurs dans le ventre, douleurs qui l'avaient pris depuis un certain temps, mais qui étaient

depuis quelques jours devenues plus aiguës, l'empêchant de marcher et s'accompagnant de vomissements. Nous pûmes alors constater par la palpation du ventre, dans l'hypochondre droit au-dessous du foie, une masse dure, empâtée, mate à la percussion, s'étendant jusqu'au-dessous de l'ombilic et s'avancant sur la ligne médiane.

Me rapportant à l'opération que j'avais faite, j'arrivai facilement à formuler le diagnostic d'une épiploïte et je pensai que le fil de soie s'étant infecté devait être la cause de cette épiploïte. Je proposai au malade d'aller à sa recherche, ce qu'il accepta.

Je fis, sur le milieu de la masse que je sentais, une incision dont le siège anatomique était le bord externe du muscle droit; le péritoine étant ouvert, je tombai sur l'épiploon adhérent sur une étendue assez notable au péritoine pariétal. Cet épiploon était enflammé, saignant facilement, et à sa partie inférieure formait une masse du volume d'une grosse orange adhérente à l'intestin; je la libérai moitié en décollant, moitié en mettant des ligatures au catgut, cette fois sur les joints trop adhérents et en sectionnant entre deux ligatures. Je fis de même pour séparer l'épiploon du péritoine pariétal, et j'arrivai ainsi à mobiliser cette masse que je réséquai, la séparant du reste d'épiploon et je l'enlevai comme une tumeur maligne. Je refermai le ventre sans drainage; il n'y eut aucun accident consécutif. Mais je reviens au morceau d'épiploon enlevé; quand je le fendis je trouvai au centre le double fil de soie entouré d'une petite collection purulente et perdu dans les replis épiploïques dont l'ensemble constituait cette masse.

## Observation VI

Dans cette observation, dit le docteur Reynier, il s'agit d'un malade qu'un de mes collègues des hôpitaux, un des plus friands de l'asepsie, avait opéré.

Depuis de nombreuses années, il était atteint d'une hernie inguino-scrotale droite, grosse comme une tête de fœtus, très gênante par son volume, produisant parfois de la douleur et renfermant de l'intestin et une grande quantité d'épiploon.

Il subit la cure radicale de cette hernie le 7 novembre 1892. Pres-

que tout l'épiploon fut réséqué, après qu'on eut lié les vaisseaux de cette membrane par une série de ligatures au petit fil de soie ; pas de ligature en masse de l'épiploon.

Guérison rapide et sans incident ; le malade sortait de l'hôpital le 30 novembre. Jusqu'au mois de janvier suivant la guérison se maintint parfaite. Mais en janvier des douleurs apparurent dans le ventre, surtout notables dans la région gastro-hépatique.

La douleur augmenta de jour en jour, s'accompagnant de frissons, de vomissements, de fièvre, et en même temps que l'état général s'aggravait, une tuméfaction apparaissait dans l'hypochondre droit. Cette tuméfaction augmenta rapidement, au point d'envahir toute la moitié droite de l'abdomen, jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Dans la nuit, cette tuméfaction dépassa la ligne médiane et s'étendit à gauche de trois travers de doigt.

Le diagnostic d'épiploïte fut porté, et avec le docteur Ischwall nous décidâmes une intervention. Le 10 mars 1893, celui-ci fit, en ma présence, une incision sur la ligne médiane, il tomba sur un tissu dense et scléreux très dur formé par l'épiploon, au milieu duquel on chemine avec le doigt à grand'peine, sans trouver le moindre foyer purulent.

Il fit alors, à droite, sur le bord externe du grand droit, une longue incision qui le mena sur un tissu semblable ; mais cette fois, après avoir effondré ce tissu sur une notable étendue, il rencontra un foyer purulent ne renfermant guère qu'un verre à liqueur de pus. Il s'en tint là, et fit un drainage, ne poussant pas plus loin son investigation. A partir de ce moment la fièvre tomba, le malade revint rapidement à la santé ; il garda, au niveau du foyer drainé, une fistulette, par laquelle quatre fils de soie furent par la suite éliminés. Le malade sortit le 7 mai de l'hôpital, la fistule persista jusqu'en juillet 1894, époque à laquelle elle se ferma, après la sortie du dernier fil. Depuis, le malade ne s'est jamais senti de rien ; toute trace de son épiploïte a disparu, et sa santé est parfaite.

## Observation VII

(LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, *Cure radicale des hernies*)

Un homme âgé de vingt ans, garçon marchand de vins, se présenta, le 26 novembre 1886, à l'hôpital Tenon. Il portait une hernie ingui-

nale droite depuis sa première enfance (signalée à dix-huit mois). Sa hernie se réduisait habituellement et il portait bandage. Le 25 novembre, elle devint irréductible; le 26, elle était très douloureuse et il se présenta à la consultation. Il avait bien quelques nausées, mais aucun signe d'étranglement; il mangeait et avait des selles régulières.

Le 27 novembre, je lui fis la cure radicale à cause des douleurs; le sac contenait une quantité notable de liquide rougeâtre, de l'épiploon de teinte très sombre qui descendait jusque sur le testicule; c'était bien une hernie congénitale, l'épiploon serré était manifestement sphacélé. Le nettoyage fut fait avec soin, l'épiploon fut attiré en bas et la résection, faite très haut sur le tablier à l'aide de quatre fils, en emporta 100 grammes. La ligature du pédicule herniaire fut faite avec deux catguts et quatre points de suture perdue placés sur la paroi abdominale. Gros drain descendant dans la vaginale. Les suites de l'opération furent régulières jusqu'au 11 décembre. La plaie opératoire était guérie lorsque le patient accusa de violentes douleurs abdominales; le 13, aux douleurs, s'ajoutèrent quelques vomissements. Avec quelques alternatives de mieux, la température, qui s'était élevée à 39°, monte, le 15, à 39°4, puis, le 18, il survient des vomissements fécaloïdes et la température s'abaisse à 37°4. La face était grippée, le ventre était ballonné. On sentait, au-dessus de l'ombilic, une région assez dure.

Le malade ayant été chloroformé le 18 janvier, une longue incision fut faite au-dessus de l'ombilic. Une anse adhérente ayant été détachée et repoussée en haut, le doigt reconnut la substance de l'épiploon, et, en détachant peu à peu les parties épiploïques, pénétra peu à peu dans un large foyer d'où s'écoula une quantité considérable de pus; ce foyer fut drainé et la paroi abdominale refermée.

Dès le réveil, les accidents d'étranglement disparurent, les douleurs cessèrent et la température ne se releva plus. J'ai conservé ce malade à l'hôpital le plus longtemps possible pour m'assurer de ce qu'il deviendrait. Il avait guéri rapidement, et lorsqu'il sortit, le 13 avril 1887, il ne présentait aucune trace de cet accident. Je l'ai revu à l'hôpital Saint-Louis trois ans plus tard, toujours bien guéri de sa hernie et sans aucune suite fâcheuse du côté de l'abdomen. Dans ce cas, l'abcès était développé évidemment au niveau du moignon de l'épiploon qui avait été infecté probablement par la partie sphacélée qui avait été extirpée, quelque contact avait eu lieu malgré toute l'attention portée de ce côté.

### Observation VIII

(LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, *Cure radicale des hernies*)

Un homme de vingt-quatre ans entre le 17 janvier 1891 à l'hôpital St-Louis. Il avait une hernie depuis l'enfance (âge de huit ans). Bandage intolérable, depuis quelque temps la hernie augmentait.

Cure radicale le 5 février 1891. Sac dans le cordon, adhérences externes à l'épididyme. Épiploon réséqué en deux fois (80 grammes), six catguts; six sutures perdues dans la paroi abdominale; drainage.

Suites de l'opération très simples, malgré l'extrême indocilité du malade. Le matin du neuvième jour premier pansement; la température, dont le maximum a été de 38°2, est redescendue depuis trois jours et marque ce matin 36°8.

Le malade se retourne dans son lit, se met sur le ventre et descend de son lit après le pansement, malgré la défense et la surveillance. La température s'élève à 38°8, à partir de ce jour; fièvre, malaise, puis arrêt des selles, vomissements; la température reste élevée de 38° à 38°8.

L'état général devient très mauvais, pouls petit, vomissements; tuméfaction avec douleur dans la fosse iliaque droite.

Le dix-neuvième jour, le malade étant chloroformé, M. Championnière fait une grande incision parallèle à l'arcade crurale, et trouve les anses intestinales refoulées et comprimées par un immense épanchement sanguin.

Nettoyage, drainage. Évacuation d'une énorme masse de sang assez fétide, guérison rapide. Le malade, qui a subi la deuxième intervention le 25 février, part le 18 avril pour Vincennes; il a été revu un an après sa première opération, le 5 janvier 1892, et en état aussi satisfaisant que possible.

---

|                               |                               |
|-------------------------------|-------------------------------|
| Vu et permis d'imprimer:      | Vu et approuvé:               |
| Montpellier, le 21 mars 1896. | Montpellier, le 20 mars 1896. |
| <i>Le Recteur,</i>            | <i>Le Doyen,</i>              |
| J. GÉRARD.                    | MAIRET.                       |

## SERMENT

---

*En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque !*

---





